

ICS **.***.**
C**



团体标准

T/CACM ****—202*
代替 T/CACM ****—****

儿童青少年肥胖治未病干预指南

Intervention guideline for prevention of obesity in children and adolescents
(文件类型：公示稿)

(完成时间：20**年*月)

20**-**-**发布

20**-**-**实施

中华中医药学会发布

目 次

前 言	I
引 言	II
1 范围	1
2 规范性引用文件.....	1
3 术语和定义.....	1
4 危险因素筛查.....	1
5 体质辨识.....	2
6 诊断标准.....	2
7 干预措施.....	3
7.1 治未病干预分期.....	3
8 健康教育.....	8
附录 A.....	10
附录 B.....	13
附录 C.....	15
参 考 文 献.....	17

前 言

本文件参照 GB/T1.1—2020《标准化工作导则 第1部分：标准化文件的结构和起草规则》的规定起草。

请注意本文件的某些内容可能涉及专利。本文件的发布机构不承担识别专利的责任。

本文件由首都医科大学附属北京儿童医院提出。

本文件由中华中医药学会归口。

本文件负责起草单位：首都医科大学附属北京儿童医院。

本文件参与起草单位：河南中医药大学第一附属医院、复旦大学附属儿科医院、深圳市儿童医院、南京中医药大学、福建中医药大学附属人民医院、江苏省中医院、北京中医药大学东直门医院、北京中医药大学第三附属医院、广西中医药大学第一附属医院、湖北省中医院、空军特色医学中心、成都中医药大学附属医院、山东中医药大学附属医院、上海中医药大学附属曙光医院、福建中医药大学附属第二人民医院、山东大学附属儿童医院、深圳市中医院、浙江中医药大学附属第一医院。

本文件主要起草人：杨燕、丁樱、闫洁、俞建、王静。

本文件其他起草人：汪受传、赵霞、翟文生、郑宏、郑健、袁斌、王俊宏、崔霞、艾军、刘晓鹰、王文革、赵琼、张葆青、赵鋈、汪永红、杨文庆、叶进、牟青慧、宋纯东、袁雪晶、廖颖钊、赵骞、何强、周朋、穆静、李岚、潘长鹭、刘畅、杜丽娜、朱中一、梁晨晨、陈镜如、陈洁。

引 言

儿童青少年肥胖（Obesity in children and adolescents）（单纯性肥胖）是由于长期能量摄入超过人体消耗，使体内脂肪过度积聚、体重超过按身高计算的平均标准体重 20%及以上的一种营养障碍性疾病。近年来随着社会进步和生活水平不断提高，我国儿童青少年肥胖率呈逐年上升趋势，肥胖已成为公共健康问题。据中国居民营养与慢性病状况报告（2020 年）统计，国内 6 岁以下儿童超重肥胖发病率为 10.4%，6~17 岁儿童超重肥胖发病率可达 19.0%^[1]，其中 41%~80% 的儿童青少年肥胖可延续至成年。男童患病率大于女童，低龄儿童发病率有增高趋势^[2]。肥胖不仅严重损害着儿童青少年群体的体质和身心健康，也成为诸多疾病如哮喘、糖尿病、高血压、黑棘皮病、心血管疾病及心理疾病等的潜在隐患，且危害可持续至成年，给家长和社会带来了较多的经济及精神负担^[3]。因此，解决儿童青少年肥胖问题迫在眉睫，创设行之有效的干预指南已成为当前社会重要的关注点。

虽然饮食干预、运动调整、生活方式改变已是公认儿童青少年肥胖管理中的重要方法，但是诸多有关儿童青少年肥胖干预指南的效果并不理想，所以预防，即治未病，可能将成为控制肥胖的最佳策略。目前，我国儿童青少年肥胖干预的研究仍处于起步阶段，对于肥胖儿童和青少年来说，迫切需要安全、有效的干预手段，确保科学合理减重。

儿童青少年肥胖治未病干预主要是在现代医学和中医治未病理论指导下，采用治未病方法对尚未达到肥胖诊断标准、确诊肥胖以及减重成功的患儿进行干预，以达到预防和治疗肥胖的目的，包括未病先防、欲病救萌、既病防变、瘥后防复四个方面的内容。

本指南编制在治未病理论的指导下，以文献分析与临床研究为基础，遵循科学性、实用性、规范性原则，通过循证方法结合专家共识，制定儿童青少年肥胖治未病干预指南，为临床医师提供儿童青少年肥胖的预防措施。

本文件发布后，将通过发布会、应用推广培训班、继续教育学习班、学术会议、学术期刊等多种渠道宣传、贯彻、实施及推广应用。

本文件计划定期更新。工作组将通过文献研究和专家讨论相结合的方式实现更新。

参与本文件开发小组的所有成员声明：他们与其他任何组织或个人无利益冲突。

儿童青少年肥胖治未病干预指南

1 范围

本文件提出了儿童青少年肥胖（单纯性肥胖）治未病干预的范围、术语和定义、危险因素筛查、体质辨识、诊断标准、干预措施和健康教育。

本文件适用于 18 周岁以下人群肥胖的治未病干预；适用于中医、中西医结合和综合医院等医疗机构，供中医科、儿科、治未病科、内分泌科、儿童保健科、营养和代谢疾病科、全科等相关科室临床医师使用。

2 规范性引用文件

下列文件对本文件的应用是必不可少的。凡是注日期的引用文件，仅注日期的版本适用于本文件。凡是不注日期的引用文件，其最新版本（包括所有的修改单）适用于本文件。

GB/Z 40893.4-2021 中医技术操作规范 儿科 第 4 部分：小儿推拿疗法

GB/Z 40893.3-2021 中医技术操作规范 儿科 第 3 部分：小儿针灸疗法

WS/T423-2022 7 岁以下儿童生长曲线

WS/T586-2018 学龄儿童青少年超重与肥胖筛查

3 术语和定义

下列界定的术语和定义适用于本文件。

3.1 超重 Overweight

体内脂肪积累过多的状态，是可能造成健康损害的一种前肥胖状态。

3.2 肥胖（单纯性肥胖）Obesity

由多种因素引起的人体能量摄入超过消耗，使体内脂肪过度积聚、体重超过按身长计算的平均标准体重 20%及以上，以致危害健康的一种营养障碍性疾病。

3.3 肥胖高危患儿 Children at high risk for obesity

具有肥胖家族史、不良生活方式等危险因素，或已超重但尚未达到肥胖诊断标准的人群。

4 危险因素筛查

儿童青少年肥胖的成因错综复杂，是多种因素综合作用的结果。既往研究发现肥胖的发生主要与先天因素、生活方式、精神心理因素等相关^[4-8]。

1) 先天因素：许多研究证实，遗传因素是导致肥胖的一个主要原因，约占 20%~40%，父母肥胖与儿童肥胖密切相关。然而，遗传易感性仍需要与环境 and 行为因素共同发挥作用。

2) 生活方式: 不良饮食行为会增加肥胖发生的风险, 如不吃早饭、晚餐供能过甚、暴饮暴食、高脂饮食、常吃含糖饮料及快餐食物等行为都会增加肥胖发生的风险。此外, 体育活动时间过少、视屏时间过长、睡眠时间较晚或较少也与肥胖有密切联系。

3) 精神心理因素: 心理应激和各种消极的情绪反应是肥胖发生的重要的危险因素^[7], 当下丘脑发生病变时, 正常的生理平衡状态失调, 可能引起摄食过量, 发生肥胖。摄食中枢的功能同时也受制于精神因素。当受到精神刺激时, 迷走神经兴奋而胰岛素分泌增多, 食欲常亢进。

5 体质辨识^[9-10]

5.1 平和质

面色、肤色润泽, 不易疲劳, 精力充沛, 胃纳佳, 舌淡红, 苔薄白。

5.2 气虚质

面色萎黄或晄白, 气短懒言, 易疲乏, 动则气喘, 肌肉松软, 平素体质虚弱, 舌淡红, 苔白, 舌体胖大, 边有齿痕。

5.3 阳虚质

面色无华, 畏冷, 手足不温, 肌肉松弛, 精神不振, 舌淡胖嫩, 边有齿痕, 苔白滑。

5.4 痰湿质

肌肉松软, 面部皮肤油脂较多, 困倦嗜睡, 不喜活动, 易疲乏, 舌体胖大有齿痕, 苔白腻或润。

5.5 湿热质

平素面垢油光, 身重困倦, 心烦懈怠, 大便燥结或粘滞, 小便短赤, 舌质偏红, 苔黄腻。

5.6 气郁质

平素忧郁面貌, 神情多烦闷不乐, 多伴善太息, 或嗝气呃逆, 舌淡红, 苔薄白。

5.7 阳热质

形体壮实, 面赤唇红, 好动少静, 多食易饥, 睡卧不宁, 大便干结臭秽, 舌质红, 苔黄或白。

6 诊断标准

6.1 西医诊断标准

建议使用体质指数 (BMI) 来诊断, $BMI = \text{体重 (kg)} / \text{身高}^2 (\text{m}^2)$, 与体脂相关且相对不受身高的影响。

0~5 岁儿童可参考中华人民共和国卫生行业标准 WS/T423-2022 7 岁以下儿童生长曲线中制定的中国 0~5 岁儿童超重和肥胖的 BMI 参考界值点。 $+1\text{ SD} \leq \text{BMI} < +2\text{ SD}$ 为超重, $+2\text{ SD} \leq \text{BMI} < +3\text{ SD}$ 为肥胖, $\text{BMI} \geq +3\text{ SD}$ 为重度肥胖^[11]。

6~18 岁儿童可参考中华人民共和国卫生行业标准 WS/T586-2018 学龄儿童青少年超重与肥胖筛查中 6~18 岁学龄儿童筛查超重与肥胖的性别年龄 BMI 参考界值点^[12], 具体见附录 A。

6.2 中医证候分型^[13-14]

6.2.1 脾虚湿阻证: 肥胖, 疲乏无力, 面色少华, 肢体困重, 腹满, 大便粘腻不爽, 舌质淡红, 胖有齿痕, 苔白腻, 脉沉缓。

6.2.2 胃热湿阻证: 肥胖臃肿, 肢重困楚, 消谷善饥, 口臭, 口渴不欲饮, 大便秘结或稀溏, 舌质红, 苔腻微黄, 脉滑数。

6.2.3 脾肾两虚证: 肥胖虚浮, 动则气喘, 疲乏无力, 腰酸腿软, 畏寒肢冷, 嗜睡喜卧, 大便溏薄, 舌质淡红, 苔白, 脉沉缓无力。

6.2.4 肝郁脾虚证: 肥胖, 胸胁胀闷, 急躁易怒, 胃脘痞满, 大便不调, 或抑郁多食, 或纳呆, 失眠多梦, 舌质暗红, 脉细弦。

7 干预措施

7.1 治未病干预分期

对儿童青少年肥胖的干预, 应采取防治结合的原则, 针对具有肥胖高危因素的正常体重儿童、超重儿童、肥胖儿童、减重成功儿童制定不同的治未病干预措施。

1) 具有肥胖高危因素的正常体重儿童, 应以减少肥胖的发病为目的, 主要从膳食结构、运动及生活方式进行指导, 称之为“未病先防”, 重在预防调护。

2) 对超重状态但尚未达到肥胖诊断标准的儿童, 因机体处于肥胖发病的萌芽阶段, 尚未出现明显症状, 应结合患儿体质, 采取辨体施治的方法, 称之为“欲病救萌”, 旨在治病于初始。

3) 对已确诊为肥胖的儿童, 则以降低 BMI、腰围、体脂率为目的, 除了坚持调节饮食、适当运动、辨体调理等干预方法之外, 采用中医辨证施治原则, 进行中医药内外合治的综合干预措施, 称之为“既病防变”, 旨在阻断或延缓疾病传变。

4) 超重或肥胖患儿减重成功后, 针对体重控制期应采取适当的调养及善后治疗, 继续长期坚持科学合理的饮食、运动及生活习惯等, 称之为“瘥后防复”, 以实现持久、稳定的体质量控制, 防止反弹。

7.2 未病先防-肥胖高危儿童干预

7.2.1 膳食 (证据质量分级: IV级; 推荐强度: 强推荐)

《黄帝内经》以“五谷为养, 五果为助, 五畜为益, 五菜为充”为膳食原则, 并提出

“饮食有节”、“谷肉果菜，食养尽之，无使过之，伤其正也”的观点。《中国居民膳食指南（2022）》^[15]中推荐健康儿童膳食应品种多样，搭配合理，多吃蔬菜、奶类、全谷、大豆，适量吃水果、鱼禽蛋及瘦肉；规律一日三餐，定时定量，不暴饮暴食；吃好早餐，合理选择零食；足量饮水，不喝含糖饮料，少吃甜点。及时纠正因无聊、压力、孤独或屏幕前时间过久所致的过食现象。具体膳食推荐见附录 B。

7.2.2 运动（证据质量分级：IV级；推荐强度：强推荐）

《黄帝内经》说“动以养形，静以养神”，动静结合方可调整脏腑功能。《中国儿童青少年身体活动指南》^[16]建议儿童和青少年每天应保证足够时间和强度的身体活动，以消耗能量，即 6 岁以下儿童每天 60min 身体活动，学龄期儿童每天 60min 中等至高强度的体育活动，青春期儿童每天至少 90min 中等强度的体育活动。每周至少 3 天进行较高强度的有氧运动及增强肌肉和骨骼健康的锻炼，以促进代谢健康并降低肥胖患病的可能性^[16]。身体活动强度依据儿童代谢当量可分 4 级，具体见附录 B。

同时，应注意运动损伤问题。运动量超负荷、运动姿势不当、未热身及未佩戴防护器具等行为均易造成运动损伤。以正常 BMI 青少年为参照，超重青少年发生运动损伤的概率为正常青少年的 1.386 倍^[17]。为避免发生运动损伤，建议运动开始时可选择太极拳、八段锦等运动量小且不易造成损伤的中医特色运动项目。之后根据自身可接受强度加大运动量，可选择快步走、慢跑、跳绳、跳舞、打乒乓球、骑自行车等项目；体力较好的肥胖者可选择游泳、跑步、武术、登山等项目^[18]。

7.2.3 生活方式（证据质量分级：A；推荐强度：强推荐）

起居有常，不妄作劳，才能形与神俱。儿童及青少年应养成良好的生活习惯，限制久坐行为和视屏时间，久坐和视屏时间应限制在每天<2h^[19]。

推荐儿童及青少年保证每天充足的睡眠时间。1~2 岁儿童每日需要 11~14 h 睡眠，3~5 岁每日 10~13 h，6~12 岁每日 9~12 h，13~18 岁每日 8~10 h^[20]。

7.3 欲病救萌—超重状态干预

7.3.1 辨体调理^[21-22]（证据质量分级：V级；推荐强度：强推荐）

7.3.1.1 平和质^[23]

饮食推荐：饮食宜适量、均衡，粗细粮应合理搭配，多食五谷杂粮、蔬菜瓜果，少食油腻及辛辣之物。养成良好的饮食习惯，不挑食、偏食。

起居推荐：保持心情舒畅、心境平和，避免情绪过激。作息规律，保证休息和睡眠时间，劳逸适度。

7.3.1.2 气虚质

饮食推荐：饮食宜适量，多食益气健脾之品，如小米、粳米、黄豆、白扁豆、鸡肉、鱼肉、香菇、大枣、桂圆等^[24]，少食生冷。

起居推荐：锻炼时单次活动量不宜过大，防止汗出过多及体力消耗过大，汗出后应及时

擦拭，防止当风着凉。

药膳推荐：可选择参芪鸡丝冬瓜汤^[25]（人参、黄芪、鸡丝、冬瓜适量煲汤食用）；黄芪陈皮茶（黄芪、陈皮适量泡水饮用）等。

7.3.1.3 阳虚质

饮食推荐：饮食适量，宜食甘温、缓补之品，如牛肉、羊肉、核桃、栗子、韭菜等温补阳气，忌食生冷、寒凉之物。

起居推荐：鼓励户外活动，多晒太阳，活动量以微汗为度；注意足、腹、背部保暖。

药膳推荐：可选择羊肉炒葱头（羊肉与洋葱适量爆炒）等。

7.3.1.4 痰湿质

饮食推荐：饮食适量，宜食甘淡温、甘辛之品健脾利湿、化痰祛湿，如冬瓜、白萝卜、薏苡仁、红小豆、竹笋等，忌生冷、粘滞之物。

起居推荐：常晒太阳或进行日光浴，不宜久坐久卧；运动量应循序渐进，长期坚持。鼓励积极情绪，避免懒散懈怠。居住环境宜通风，避免潮湿。

药膳推荐：可选择荷叶茯苓粥^[26]（鲜荷叶1张、茯苓50g、粳米50~100g加水熬粥）；冬瓜薏仁粥（冬瓜150g，薏苡仁50g。将冬瓜切成小块，与薏苡仁加水共煮，至熟为度）等。

7.3.1.5 湿热质

饮食推荐：饮食适量，宜食甘淡之物，如赤小豆、绿豆、空心菜、黄瓜、冬瓜、藕、荸荠等，少食火锅及烹炸、烧烤类辛温助热的食物，忌食油腻厚味、滋腻温热之品，如羊肉、生姜、芫荽、辣椒、饴糖、蜂蜜等。

起居推荐：适度增加运动，保持空气流通，避免居处在炎热潮湿的环境中。

药膳推荐：可选择五花茶^[27]（木棉花、槐花、鸡蛋花、金银花、葛花适量泡水饮用）、荷前粥（荷叶10g、车前草10g、冬瓜连皮50g、粳米50~100g熬粥食用）等。

7.3.1.6 气郁质

饮食推荐：饮食适量，宜食舒肝解郁、调畅气机、健脾养心安神之品，如小麦、蘑菇、黄花菜、丝瓜、白萝卜、金橘、山楂、玫瑰花、佛手瓜等；少食辛辣刺激之品；忌食壅塞收敛类食物，如乌梅、酸枣、杨桃、柠檬等。

起居推荐：保持开朗、豁达情绪，正确表达和控制情绪，避免过于敏感。多参加体育锻炼及户外活动，减少学习压力。

药膳推荐：可选择三花减肥茶（玫瑰花、茉莉花、代代花、川芎、荷叶适量泡水饮用）、佛手当归茶（佛手5g、当归5g、白芍6g、山药15g、麦冬5g泡水饮用）、金桔山药小米粥（金桔20g、鲜山药100g、小米50g熬粥食用）等。

7.3.1.7 阳热质

饮食推荐：饮食适量，宜食味甘微苦、性偏寒凉，具有清热祛火、导滞泄热或兼有滋补阴津作用的食物或药食两用物品，如苦瓜、冬瓜、丝瓜等。少食或忌食辛香、辛辣、肥甘及

温热的食物，如大蒜、大葱、洋葱、辣椒等。

起居推荐：适度增加运动，保证充足睡眠，保持心情调畅，勿令阳亢。

药膳推荐：可选择竹叶粥（鲜竹叶或鲜淡竹叶 6g，粳米 50g 熬粥食用）等^[28]。

7.4 既病防变-肥胖患儿的辨证施治

7.4.1 中药内服^[13-14]

7.4.1.1 脾虚湿阻证

治法：健脾益气，化湿消脂。

推荐方药：参苓白术散合平胃散加减。（常用药：党参、白术、苍术、厚朴、陈皮、干姜、炙甘草、茯苓、山楂）（[证据质量分级：IV级](#)；推荐强度：强推荐）

加减：若气虚甚者，加黄芪；腹满明显者，加木香、香附、枳壳；湿盛者，加薏苡仁、冬瓜子。

7.4.1.2 胃热湿阻证

治法：清胃泻热，除湿利浊。

推荐方药：泻黄散加味。（常用药：防风、藿香、梔子、石膏、薏苡仁、泽泻、荷叶、厚朴、黄连）（[证据质量分级：IV级](#)；推荐强度：强推荐）

加减：大便秘结者，加熟大黄、瓜蒌；口渴多饮者，加麦冬、天花粉、石斛；湿盛者，倍薏苡仁、荷叶或加佩兰、砂仁。

7.4.1.3 脾肾两虚证

治法：健脾益气，补肾温阳。

推荐方药：苓桂术甘汤合真武汤加减。（常用药：茯苓、桂枝、白术、甘草、白芍、生姜、附子）（[证据质量分级：IV级](#)；推荐强度：强推荐）

加减：兼有形寒肢冷者，加肉桂；腰膝酸软甚者，加杜仲、牛膝；肥胖浮肿较重且气短气虚甚者，重加黄芪、山药；湿重苔腻者，加苍术、白扁豆、泽泻；汗多者，加浮小麦、煅牡蛎、五味子；浮肿明显者，加车前子、猪苓等。

7.4.1.4 肝郁脾虚证

治法：疏肝理气，健脾助运。

推荐方药：柴胡疏肝散加味。（常用药：柴胡、香附、川芎、陈皮、枳壳、白芍、甘草）；逍遥散加减。（常用药：柴胡、当归、白芍、白术、茯苓、薄荷、生姜、甘草）（[证据质量分级：IV级](#)；推荐强度：强推荐）

加减：瘀血征象明显者，加生山楂、丹参、桃仁；胸胁胀痛者，加延胡索、郁金；失眠多梦者，加酸枣仁、远志；兼有嗝气吞酸、口苦者，合用左金丸，加旋覆花。

7.4.2 外治法

7.4.2.1 耳穴贴压^[29-35]

7.4.2.1.1 耳穴贴压辨证选穴（证据质量分级：C；推荐强度：强推荐）

主穴：饥点、口、胃、脾、神门、三焦、大肠、小肠、皮质下、内分泌等。

辨证选穴：脾虚湿阻证：选择脾、饥点、胃、膀胱、肾、三焦、肺、皮质下、肝；胃热湿阻证：选择饥点、大肠、小肠、胃、心、交感、胆；脾肾两虚证：选择脾、肾、饥点，内分泌、膀胱、三焦；肝郁脾虚证：选择口、肝、胆、神门、皮质下、内分泌。

7.4.2.1.2 操作及疗程

根据患儿耐受情况灵活运用。每次取 6-7 个耳穴进行耳穴压丸贴片或揸针贴压，嘱患儿每于饥饿时、餐前 10 分钟自行按压 3 min。两耳交替进行，隔日更换 1 次，10 次为 1 个疗程。

7.4.2.1.3 注意事项及禁忌

严格消毒，以防皮肤感染；防止胶布脱落；破溃部位不宜贴压；选用脱敏胶布防止过敏。

7.4.2.2 推拿^[35-40]

7.4.2.2.1 推拿取穴及手法（证据质量分级：C；推荐强度：强推荐）

推拿基础取穴：神阙、天枢、气海、关元、中极、脾俞、胃俞、大肠俞、臂臑、曲池、风市、委中、承山、梁丘、足三里、丰隆。

辨证加减：脾虚湿阻证按揉中脘、丰隆、阴陵泉各 1 分钟；胃热湿阻证按揉内庭、曲池、上巨虚各 1 分钟；脾肾两虚证按揉肾俞、命门、太溪各 1 分钟，掌擦肾俞、命门及督脉，以透热为度；肝郁脾虚证按揉肝俞、太冲、三阴交穴各 1 分钟，掌按小腿内侧 3~5 遍。

手法：点按法、按揉法、拿揉法、捻揉法、滚法、推法、摩法、擦法。

7.4.2.2.2 操作及疗程

推拿操作多用于 6 岁以下儿童。根据患儿耐受情况灵活应用。每天 1 次，每周连续做 5 天，休息 2 天，10 次为 1 个疗程，共治疗 3 个疗程。

7.4.2.2.3 其他

捏脊：为拇、食指提捏患儿皮肤从腰骶部至大椎穴，3 遍为 1 次，日 3 次；摩腹揉脐为推摩全腹并按揉脐部，各日行 100 遍。30 天为 1 个疗程。

7.4.2.2.4 注意事项及禁忌

符合 GB/Z 40893.4-2021 的规定^[41]。

7.4.2.3 针刺^[42-45]

7.4.2.3.1 针刺腧穴推荐（证据质量分级：C；推荐强度：强推荐）

主穴：中脘、水分、关元、天枢、大横、曲池、支沟、内庭、丰隆、上巨虚、三阴交、阴陵泉。

辨证加减：脾虚湿阻证加内关、足三里；胃热湿阻证加合谷；脾肾两虚证加气海、脾俞、肾俞、足三里；肝郁脾虚证加太冲、期门、合谷。

具体操作：局部常规消毒后，根据患者虚实情况予以辨证补泻手法。毫针刺入，得气后行中等刺激，留针 30-40min。

7.4.2.3.2 干预周期

根据患儿耐受情况灵活应用。每日 1 次，10 次为一周期，间隔 7 天开始下一周期，推荐使用 2 个~3 个周期。

7.4.2.3.3 注意事项及禁忌

符合 GB/Z 40893.3-2021 的规定^[46]。

7.4.3 膳食^[47]（证据质量分级：IV级；推荐强度：强推荐）

构建健康的饮食习惯是肥胖干预的关键。建议在家庭共同参与的基础上，逐步建立良好健康的饮食习惯和模式，规律定时进食，控制食物的总摄入量，减少高脂高钠、高糖的深加工食品、快餐、饮料的摄入，减少外出就餐。进食速度不宜过快，每餐时间建议控制在 20~30 min，避免进食时看电子产品。根据《中国儿童单纯性肥胖症临床诊治中西医结合专家共识》和《中国居民膳食指南（2022）》，推荐蛋白质的摄入占全天总热卡的 15%~20%，脂肪 25%~30%，碳水化合物 50%~55%。根据能量密度对食物进行分类，分为优选（绿灯）食物、限制（黄灯）食物和不宜（红灯）食物 3 类，详见附录 B。

不建议通过过度节食减重，也不建议短期内（<3 个月）快速减重，避免出现减重-复胖的反跳循环。

7.4.4 运动

推荐 6 岁以下儿童每天 60min 身体活动，学龄期儿童每天 60min 中等至高强度的体育活动，青春期儿童每天至少 90min 中等强度的体育活动。中等强度的运动包括中快走、中速游泳、有氧运动、舞蹈等。高强度的体育活动如骑自行车、跑步、踢足球、打篮球等。建议根据自身情况选择适宜的运动方式。

7.5 瘵后防复-减重患儿的调养善后（共识建议；推荐强度：强推荐）

超重或肥胖儿童经干预体质量下降后还面临着体质量反弹的风险，而饮食不节、缺乏运动、紧张劳累等是导致体质量反弹的重要原因。因此，超重或肥胖减重成功、体重恢复至正常的儿童可按照“未病先防-肥胖高危儿童干预”具体措施进行膳食、运动及生活习惯的调护，以实现持久、稳定的体质量控制，防止反弹。

8 健康教育^[48]

8.1 心理健康教育^[49]

儿童时期是身心发展的关键时期，青春期儿童的心理更加敏感脆弱。肥胖易使儿童青少

年产生孤僻、焦虑、抑郁等心理健康问题。故应加强对儿童青少年的心理健康教育，适时评估患儿是否存在心理偏差，针对性地进行心理卫生教育，使之能自觉控制饮食，参加体育锻炼，并能正视自我。对情绪创伤或心理异常者，必要时请心理医生干预。

8.2 强调家庭责任

父母及看护人是儿童成长的第一责任人，应充分认识到超重肥胖的危害，树立积极防控儿童青少年超重肥胖的意识。提高健康素养，学会合理搭配食物，为儿童提供合理、健康的饮食方案。营造良好的家庭氛围，父母包括其他家庭成员也应调整生活方式，改变不良行为习惯，积极引导儿童进行体育锻炼。控制儿童每日视屏时间，保障睡眠时间。同时应做好儿童青少年的体重及生长发育监测。

8.3 完善医院宣教

医疗卫生机构应加强对于儿童青少年超重肥胖及肥胖危害的健康教育，宣传早发现、早治疗即“治未病”的重要性。将肥胖儿童治未病理念指导纳入孕前和孕期检查中，从胎儿期开始进行健康宣教。同时医疗机构应做好健康管理服务，实施知识普及的同时，完成技能指导和咨询服务。帮助家长做好儿童的健康检测，提供合理的指导方案，对已经处于超重肥胖的儿童进行专业治疗。

8.4 加强学校管理

学校管理对于学龄期儿童青少年超重肥胖干预至关重要。在家庭及社会正确认识超重肥胖的同时，青少年自身也应对此有正确的认识。学校应做好对青少年的健康意识教育，办好健康课堂。同时保证学生的在校身体活动时间，合理安排体育课及课外锻炼，将体育成绩纳入学校考核标准。

8.5 加强社会宣传

社会应大力宣传儿童青少年肥胖治未病的必要性及重要意义，营造良好的社会氛围，促进全社会对于肥胖儿童的重视。同时应保障社区及活动场所的基本设施齐全，为青少年提供充足的运动场地。应加强对学校、医院、社区的监督，整体推进，鼓励各方积极参与肥胖防控。

附录 A
(资料性附录)
肥胖诊断标准及结局指标测量方法

A.1 7 岁以下儿童超重与肥胖的标准差评价方法

按照标准差法对 7 岁以下儿童超重与肥胖的情况进行评价。 $+1\text{ SD} \leq \text{BMI} < +2\text{ SD}$ 为超重, $+2\text{ SD} \leq \text{BMI} < +3\text{ SD}$ 为肥胖, $\text{BMI} \geq +3\text{ SD}$ 为重度肥胖。具体年龄 BMI 参照表 A.1。

表 A.1 7 岁以下儿童超重与肥胖的标准差评价方法

年龄	男生			女生		
	+1 SD	+2 SD	+3 SD	+1 SD	+2 SD	+3 SD
0 月	14.4	15.7	17.1	14.2	15.4	16.7
1 月	16.4	17.7	19.2	15.9	17.3	18.9
2 月	18.1	19.7	21.4	17.5	19.1	20.9
3 月	19.0	20.8	22.7	18.3	20.0	22.0
4 月	19.4	21.2	23.2	18.6	20.5	22.6
5 月	19.5	21.4	23.5	18.8	20.7	22.9
6 月	19.5	21.4	23.5	18.9	20.8	23.0
7 月	19.4	21.3	23.4	18.9	20.7	22.9
8 月	19.3	21.1	23.2	18.8	20.6	22.8
9 月	19.1	20.9	23.0	18.6	20.4	22.5
10 月	19.0	20.7	22.8	18.4	20.2	22.3
11 月	18.8	20.5	22.6	18.3	20.0	22.0
1 岁	18.6	20.3	22.3	18.1	19.8	21.8
1 岁 1 月	18.4	20.1	22.1	17.9	19.6	21.6
1 岁 2 月	18.3	19.9	21.9	17.8	19.4	21.3
1 岁 3 月	18.1	19.7	21.7	17.6	19.2	21.1
1 岁 4 月	18.0	19.6	21.5	17.5	19.1	21.0
1 岁 5 月	17.8	19.4	21.4	17.4	18.9	20.8
1 岁 6 月	17.7	19.3	21.2	17.3	18.8	20.7
1 岁 7 月	17.6	19.2	21.1	17.2	18.7	20.5
1 岁 8 月	17.5	19.1	21.0	17.1	18.6	20.4
1 岁 9 月	17.4	19.0	20.9	17.0	18.5	20.3
1 岁 10 月	17.3	18.9	20.8	16.9	18.4	20.2
1 岁 11 月	17.2	18.8	20.7	16.8	18.3	20.1
2 岁	17.4	19.0	20.9	17.0	18.6	20.4

2岁3月	17.2	18.8	20.7	16.9	18.4	20.2
2岁6月	17.0	18.6	20.4	16.7	18.2	20.1
2岁9月	16.9	18.4	20.3	16.6	18.1	20.0
3岁	16.8	18.3	20.1	16.5	18.1	19.9
3岁3月	16.7	18.2	20.1	16.5	18.0	19.9
3岁6月	16.6	18.1	20.0	16.5	18.0	19.9
3岁9月	16.6	18.1	20.0	16.4	18.0	20.0
4岁	16.6	18.1	20.1	16.4	18.0	20.0
4岁3月	16.6	18.2	20.2	16.4	18.0	20.1
4岁6月	16.6	18.2	20.3	16.4	18.1	20.2
4岁9月	16.6	18.3	20.5	16.4	18.1	20.3
5岁	16.7	18.4	20.7	16.4	18.2	20.5
5岁3月	16.7	18.6	21.0	16.4	18.3	20.6
5岁6月	16.8	18.7	21.4	16.5	18.4	20.8
5岁9月	16.9	18.9	21.7	16.5	18.4	21.0
6岁	17.0	19.1	22.1	16.6	18.5	21.2
6岁3月	17.1	19.2	22.5	16.6	18.6	21.4
6岁6月	17.2	19.5	22.9	16.6	18.7	21.5
6岁9月	17.2	19.7	23.3	16.7	18.8	21.7

A.2 6岁-18岁学龄儿童青少年性别年龄 BMI 筛查超重与肥胖界值

6岁-18岁学龄儿童青少年超重与肥胖具体界值参照表 A.2。

表 A.2 6岁-18岁学龄儿童青少年性别年龄 BMI 筛查超重与肥胖界值

年龄 (岁)	男生		女生	
	超重	肥胖	超重	肥胖
6.0-	16.4	17.7	16.2	17.5
6.5-	16.7	18.1	16.5	18.0
7.0-	17.0	18.7	16.8	18.5
7.5-	17.4	19.2	17.2	19.0
8.0-	17.8	19.7	17.6	19.4
8.5-	18.1	20.3	18.1	19.9
9.0-	18.5	20.8	18.5	20.4
9.5-	18.9	21.4	19.0	21.0
10.0-	19.2	21.9	19.5	21.5
10.5-	19.6	22.5	20.0	22.1

11.0-	19.9	23.0	20.5	22.7
11.5-	20.3	23.6	21.1	23.3
12.0-	20.7	24.1	21.5	23.9
12.5-	21.0	24.7	21.9	24.5
13.0-	21.4	25.2	22.2	25.0
13.5-	21.9	25.7	22.6	25.6
14.0-	22.3	26.1	22.8	25.9
14.5-	22.6	26.4	23.0	26.3
15.0-	22.9	26.6	23.2	26.6
15.5-	23.1	26.9	23.4	26.9
16.0-	23.3	27.1	23.6	27.1
16.5-	23.5	27.4	23.7	27.4
17.0-	23.7	27.6	23.8	27.6
17.5-	23.8	27.8	23.9	27.8
18.0-	24.0	28.0	24.0	28.0

A.3 身体质量指数（BMI）的测量方法

身体质量指数（BMI）是衡量人们肥胖程度的粗略指数，具体算法是按公斤计算的体重除以按米计算的身高的平方（ kg/m^2 ）。在测量时，受试者应当空腹、脱鞋、只穿轻薄的衣服。测量身高的量尺（最小刻度为 1 mm）应与地面垂直固定或贴在墙上。受试者直立、两脚后跟并拢靠近量尺，并将两肩及臀部也贴近量尺。测量人员用一根直角尺放在受试者的头顶，使直角的两个边一边靠紧量尺另一边接近受试者的头皮，读取量尺上的读数，准确至 1 mm。称量体重最好用经过校正的杠杆型体重秤，受试者全身放松，直立在秤底盘的中部。测量人员读取杠杆秤上的游标位置，读数准确至 10 g。

$$\text{体重指数 (BMI)} = \text{体重 (kg)} / \text{身高}^2 (\text{m}^2)$$

A.4 腰围的测量方法

让受试者直立，两脚分开 30 cm ~40 cm，用一根没有弹性、最小刻度为 1mm 的软尺放在右侧腋中线胯骨上缘与第十二肋骨下缘连线的中点（通常是腰部的天然最窄部位），沿水平方向围绕腹部一周，紧贴而不压迫皮肤，在正常呼气末测量腰围的长度，读数准确至 1mm。

附录 B
(资料性附录)

B.1 中国居民膳食指南儿童膳食推荐 (2022)

表 B.1 中国居民膳食指南儿童膳食推荐 (2022)

膳食种类	7-9月	10-12月	13-24月	2-3岁	4-5岁	学龄期	青少年
盐 (g)	不建议加	不建议加	0-1.5	<2	<3	4-5	<5
油 (g)	0-10	0-10	5-15	10-20	20-25	20-25	25-30
肉蛋禽鱼类							120-200
鸡蛋 (g)	1个蛋黄	50	50	50	50	50	1个
肉禽鱼 (g)	25	25-75	50-75	50-75	50-75	100	每周2次海产品
蔬菜 (g)	25-100	25-100	50-150	100-200	150-300	400-500	300-500
水果 (g)	25-100	25-100	50-150	100-200	150-250	300-400	200-350
奶 (ml)	700-800	600	500	350-500	350-500	300	300-500
谷物 (g)	>2	20-75	50-100	75-125	100-150	150-225	200-300
薯类 (g)				适量	适量	25-50	50-100
大豆 (g)				5-15	10-20		25-35
坚果 (g)					适量		
水 (ml)				600-700	700-800	1000-1300	1500-1700
糖 (g)						<25	

B.2 肥胖儿童食物选择红绿灯标签

表 B.2 肥胖儿童食物选择红绿灯标签

分类	优选 (绿灯) 食物	限量 (黄灯) 食物	不宜 (红灯) 食物
谷薯类	蒸煮烹饪、粗细搭配的杂米饭、红薯饭杂粮面、意面等	精白米面类制品, 如白米饭、白面条、白馒头、白面包、粉丝、年糕	深加工糯米制品, 如粽子等; 高油烹饪类主食, 如油条、炸薯条等; 添加糖、奶油、黄油的点心, 如奶油蛋糕、黄油面包、奶油爆米花等
蔬菜类	非淀粉类蔬菜, 如叶类、花类、瓜茄类、果实类等	部分根茎类蔬菜、淀粉类蔬菜, 如土豆、芋艿和山药类	高糖高油烹饪的蔬菜, 如藕夹、油焖茄子
水果类	绝大部分水果, 如浆果类、核果类、瓜果类	冬枣、山楂、部分热带水果如香蕉、榴莲、西瓜等	各类高糖分的水果罐头和果汁
畜禽类	畜类脂肪含量低的部位, 如里脊、腿肉、腱子肉、血制品等; 少量禽类, 如胸脯肉、去皮腿肉	畜类脂肪相对高的部位, 如牛排、小排、肩部肉、舌等; 带皮禽类;	畜类脂肪含量高的部位, 如肥肉、五花肉、蹄膀、脑花、腊肉等; 富含油脂的内脏, 如大肠、肥鹅肝等; 油炸、红烧等高油高盐高糖烹饪的畜禽
水产类	绝大部分清蒸和水煮河鲜和海鲜	较多油脂、精制糖、盐等烹饪的水产类菜肴, 如煎带鱼、糖醋鱼等	蟹黄和 (或) 蟹膏等富含脂肪和胆固醇的河海鲜部位; 油炸、红烧等高油高盐高糖等烹饪的水产
豆类	大豆或杂豆制品, 豆腐、无	添加糖和脂肪含量相对高的豆制	高糖高油高盐加工的豆制品, 如

	糖豆浆、低盐豆腐干、低糖豆沙	品, 如腐竹、素鸡、豆沙馅等	兰花豆、油豆腐、油面筋、咸豆腐等
蛋乳类	原味乳制品, 如纯奶、无糖酸奶、低盐奶酪等, 蒸煮加工的蛋类	含有少量调味添加的乳制品和蛋类制品, 如含糖酸奶、鲜奶酪、少油煎蛋等	含有大量添加糖、油脂加工的乳制品和蛋类制品, 如复原乳、果味酸奶、炒蛋等
坚果类	原味坚果, 无添加糖和盐	少量盐调味的坚果	大量盐、奶油、糖等调味的坚果制品
调味品类	各类植物油, 醋、低钠盐和(或)酱油、天然植物香辛料	含大量盐的调味品, 如豆瓣酱、酱油等; 含大量糖和淀粉的调味品, 如果酱、甜面酱等; 含大量饱和脂肪酸的调味品, 如猪油等	盐、食糖、糖果; 含大量反式脂肪的调味品, 如人造奶油、起酥油等

B.3 不同身体活动强度的常见项目

表 B.3 不同身体活动强度的常见项目

身体活动强度	能量消耗 (儿童 METy)	具体项目
久坐行为	≤1.50	在坐姿、斜靠或卧姿时的“屏幕时间”活动 (如看电视、使用电脑、手机等) 或阅读、画画、做功课等
低强度身体活动	1.51-2.99	在平坦地面缓慢步行, 站立时轻度的身体活动, 如整理床铺、洗碗、演奏乐器等, 呼吸频率及心率稍有增加, 感觉轻松
中强度身体活动	3.0-5.99	以正常的速度骑自行车、快步走、爬楼梯、滑冰等。需要适度的体力消耗, 呼吸较急促, 心率快, 微出汗, 但仍可轻松说话
高强度身体活动	≥6.00	搬运重物、快速跑步、激烈打球、踢球或快速骑自行车等, 需要较多体力消耗, 呼吸明显急促, 呼吸深度大幅增加, 心率大幅增加, 出汗, 需停止运动, 调整呼吸后才能说话

附录 C
(资料性附录)
文献检索、评价及证据分级策略

C.1 临床证据的检索方法

以“肥胖”“儿童”“青少年”“obesity”“overweight”……等作为关键词，检索中国学术期刊（网络版）、中文科技期刊数据库（维普）、万方数据知识服务平台、中国生物医学文献数据库（Sinomed）、Pubmed、Embase、The Cochrane Library、美国国立指南库 NGC 等，检索年限从建库到 2023 年 9 月，选择中医及中西医结合干预性文献作为评价对象。手工检索：文献主要来源于诊疗指南、标准、规范、药品说明书、专利说明书，以及中医儿科教材、西医儿科教材、相关专著。同时注意搜集未公开发表的科研报告、学位论文、会议论文等灰色文献。对于来自同一单位同一时间段的研究和报道以及署名为同一作者的实质内容重复的研究和报道，则选择其中一篇作为目标文献。根据以上检索策略，项目工作组在文献检索阶段共搜集到与本指南相关的文献 666 篇。

C.2 文献评价方法

C.2.1 随机临床试验的评价

结合 Cochrane 偏倚风险评价工具评价，选出采用改良 Jadad 量表评分大于等于 3 分的文献作为指南的证据。

C.2.2 非随机临床试验的评价

采用 MINORS 条目评分。评价指标共 12 条，每一条分为 0 分~2 分。前 8 条针对无对照组的研究，最高分为 16 分；后 4 条与前 8 条一起针对有对照组的研究，最高分共 24 分。0 分表示未报道，1 分表示报道了但信息不充分，2 分表示报道了且提供了充分的信息。选择总分大于等于 13 分的文献作为治疗性建议证据。

很多文献标题是随机对照，然而内容实质是非随机对照，如按就诊顺序分组等。此类应归入非随机试验。如果存在明显质量问题，如分类统计样本例数与该组总样本例数不符、理论分析低劣、作者非临床医生的治疗报道等，应直接排除，不用量表评估。

C.2.3 Meta 分析的评价

采用 AMSTAR 量表进行文献质量评价。每个条目评价结果可以分为“是”“否”“不清楚”或“未提及”三种，并给予计分，如“是”为 1 分，“否”“不清楚”或“未提及”为 0 分，共 11 分。AMSTAR 量表得分 0 分~4 分为低质量，5 分~8 分为中等质量，9 分~11 分为高质量。选择 5 分以上文献为证据。

注：对所检索到的每篇临床文献均按以上 3 种方法分别做出文献评价。

C.3 证据评价分级和文献推荐级别

符合前述质量要求的临床研究，可成为指南的证据。本文件对各临床问题中适合采用 GRADE 分级方法的证据体，如随机对照试验（包括经典随机对照试验及单病例随机对照试验）等文献，采用 Grade 证据分级方法进行质量分级和推荐强度评估，共分为高（A）、中（B）、低（C）、极低（D）四个证据等级和强推荐、弱推荐、无明确推荐、弱不推荐、强不推荐五个推荐强度及方向。同时，对不适宜使用 Grade 证据分级方法的文献，按《循证性中医临床诊疗指南研究的现状与策略》提出的“中医文献依据分级标准”实施，共分为I、II、III、IV、V五个依据分级。此外，也可依据文献研究的成果经专家共识法形成推荐建议。文献依据分级及推荐级别参见表 C.1、C.2、C.3。

表 C.1 GRADE 证据分级与推荐强度分级

分级		具体描述
证据质量分级	高（A）	非常有把握：观察值接近真实值。
	中（B）	对观察值有中等把握：观察值有可能接近真实值，但也有可能差别很大。
	低（C）	对观察值的把握有限：观察值可能与真实值有很大差别。
	极低（D）	对观察值几乎没有把握：观察值与真实值可能有极大差别推荐。
推荐强度分级	强	明确显示干预措施利大于弊或弊大于利。
	弱	利弊不确定或无论质量高低的证据均显示利弊相当。

表 C.2 GRADE 证据分级与推荐强度分级的含义

强推荐的含义
对患者——几乎所有患者均会接受所推荐的方案；此时若未接受推荐，则应说明；
对临床医生——应对几乎所有患者都推荐该方案；此时若未给予推荐，则应说明；
对政策制定者——该推荐方案一般会被直接采纳到政策制定中去。
弱推荐的含义
对患者——多数患者会采纳推荐方案；但仍有不少患者可能因不同的偏好与价值观而不采用；
对临床医生——应该认识到不同患者有各自适合的选择，帮助每个患者做出体现其偏好与价值观的决定；
对政策制定者——制定政策时需要充分讨论，并需要众多利益相关者参与。

表 C.3 中医文献依据分级

I 大样本，随机研究，结果清晰，假阳性或假阴性的错误很低
II 小样本，随机研究，结果不确定，假阳性和/或假阴性的错误较高
III 非随机，同期对照研究和基于古代文献的专家共识
IV 非随机，历史对照和当代专家共识
V 病例报道，非对照研究和专家意见
注：中医文献依据分级的有关说明：
a) 文献分级方法按《循证性中医临床诊疗指南研究的现状与策略》提出的“中医文献依据分级标准”实施。
b) 本共识的“研究课题分级”中，大样本、小样本定义为：
——大样本：≥100 例的高质量的单篇随机对照试验报道或系统综述报告；

——小样本：<100 例的高质量的单篇随机对照试验报道或系统综述报告。

c) III级中“基于古代文献的专家共识”是指古代医籍记载、历代沿用至今、当代专家意见达成共识者。IV级中“当代专家共识”是指当代专家调查意见达成共识者。V级中的“专家意见”仅指个别专家意见。

参 考 文 献

- [1]中国居民营养与慢性病状况报告(2020年)[J].营养学报,2020,42(06):521.
- [2]张娜,马冠生.《中国儿童肥胖报告》解读[J].营养学报,2017,39(06):530-534.
- [3]王烁,董彦会,王政和,等.1985-2014年中国7~18岁学生超重与肥胖流行趋势[J].中华预防医学杂志,2017,51(4):300-305
- [4]Jebeile H, Kelly A S, O' Malley G, et al. Obesity in children and adolescents: epidemiology, causes, assessment, and management[J]. The Lancet Diabetes & Endocrinology, 2022, 10(5): 351-365.
- [5] Young E L, Kun-Ho Y. Epidemic obesity in children and adolescents: risk factors and prevention.[J].Frontiers of medicine,2018,12(6):658-666.
- [6]单浩洋,吕雪,谢莎丽.中国儿童青少年肥胖危险因素研究进展[J].中国学校卫生,2015,36(03):476-478.
- [7]郭文海,丁丹阳,王艳.儿童肥胖相关危险因素的研究进展[J].中国中西医结合儿科学,2016,8(04):399-402.
- [8]陈笑征,李一辰.儿童肥胖的早期危险因素[J].中国儿童保健杂志,2021,29(02):169-172.
- [9]中医体质分类与判定(ZYYXH/T157-2009)[J].世界中西医结合杂志,2009,4(04):303-304.
- [10]王琦.9种基本中医体质类型的分类及其诊断表述依据[J].北京中医药大学学报,2005,(04):1-8.
- [11]中华人民共和国卫生健康委员会.WS/T 423-2022 7岁以下儿童生长标准[S].北京:中国标准出版社,2022.
- [12]中华人民共和国国家卫生和计划生育委员会.WS/T 586-2018 学龄儿童青少年超重与肥胖筛查[S].北京:中国标准出版社,2018.
- [13]汪受传.中医儿科学[M].北京:人民卫生出版社,1998:735-736.
- [14]和婧伟,裴舟,钱甜,等.中国儿童单纯性肥胖症临床诊治中西医结合专家共识[J].中国中西医结合儿科学,2023,15(01):1-7.
- [15]中国营养学会,中国居民膳食指南(2022)[M].北京:人民卫生出版社,2022.
- [16]张云婷,马生霞,陈畅,等.中国儿童青少年身体活动指南[J].中国循证儿科杂志,2017,12(06):401-409.
- [17]杨慧超,马兴双,张骄杨.青少年运动损伤和体质内因关系研究[J].当代体育科技,2021,11(12):21-23.DOI:10.16655/j.cnki.2095-2813.2008-1579-2615.
- [18]孙长新.单纯性肥胖运动处方研究综述[J].牡丹江师范学院学报(自然科学版),2012,(01):21-23.DOI:10.13815/j.cnki.jmtc(ns).2012.01.007.
- [19]唐蕾,赵勇,曾茂,等.视屏时间与儿童肥胖关系的定性循证研究[J].中国妇幼健康

研究,2022,33(10):6-12.

[20]梅岳,王硕,杨振宇,等.我国学龄前儿童营养状况及其影响因素关系研究[J/OL].中国预防医学杂志,1-8[2024-04-19].<http://kns.cnki.net/kcms/detail/11.4529.r.20230306.1652.002.html>.(证据分级:I;MINORS 条目评价:13 分)

[21]赵霞,李敏.儿童体质中医分型与判定标准[J].南京中医药大学学报,2023,39(11):1134-1142.DOI:10.14148/j.issn.1672-0482.2023.1134.

[22]张奇文,朱锦善.实用中医儿科学[M].北京:中国中医药出版社,2016:731-734.

[23]汪受传.儿童体质八分法[J].南京中医药大学学报,2019,35(05):518-522.

[24]范文昌,梅全喜.辨体质药膳养生[J].亚太传统医药,2017,13(03):43-45.

[25]石丹丹,刘美霞,周丽娟.肥胖症的药膳调理[C]//中国药膳研究会.2021 中国药膳学术研讨会论文集.中国中医科学院西苑医院,2021:2.DOI:10.26914/c.cnkihy.2021.073575.

[26]曾高峰.药膳在单纯性肥胖中的应用[J].医学文选,2006,(04):934.

[27]曹淑芬.三种药膳茶饮辅助减重不易胖[J].家庭中医药,2021,28(09):30.

[28]邓沂,宋媛媛.偏阳热质儿童亚健康状态的食疗药膳调理[J].中医儿科杂志,2019,15(01):83-85.DOI:10.16840/j.issn1673-4297.2019.01.27.

[29]于曼,李敏,宋丽娅,等.体穴埋针联合耳穴压豆治疗儿童单纯性肥胖的临床疗效观察[J].西部中医药,2022,35(11):132-135.(证据分级:I;改良 Jadad 量表评分:4 分)

[30]谢春华,甘洪欣,张凤敏.耳针治疗儿童单纯性肥胖症 35 例疗效观察[J].现代康复,1999.03(02):72.(证据分级:I;改良 Jadad 量表评分:3 分)

[31]刘怡湘.耳压治疗儿童肥胖症 93 例临床分析[J].中国针灸,1990(03):14-15.(证据分级:III;MINORS 条目评价:15 分)

[32]张勇,杨洋.耳针配合认知疗法治疗青少年胃肠实热型单纯性肥胖症[J].内蒙古中医药,2017,36(11):48-49.(证据分级:II;改良 Jadad 量表评分:3 分)

[33]魏清琳,达其伟,潘虹,等.经络点穴配合耳穴贴压治疗儿童单纯性肥胖症 30 例疗效观察[J].甘肃中医学院学报,2013,30(04):48-50.(证据分级:II;MINORS 条目评价:13 分)

[34]黄皖生,吴敬斌,黎永兴,等,陈志猷.耳穴贴压按摩并用治疗儿童单纯性肥胖症的研究[J].中医药学刊,2004(04):626-627.(证据分级:II;改良 Jadad 量表评分:4 分)

[35]刘丽晓,潘汉匀,廖煊,等.中医推拿、耳穴按压合五行音乐治疗儿童单纯性肥胖 61 例总结[J].湖南中医杂志,2020,36(04):8-10.DOI:10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2020.04.003.(证据分级:II;MINORS 条目评价:19 分)

[36]卓越,刘明军,刘鹏,等.运脾化浊法推拿治疗小儿单纯性肥胖症 26 例临床观察[J].中国妇幼保健,2013,28(26):4405-4406.(证据分级:III;MINORS 条目评价:13 分)

[37]孙德仁,陈博睿.儿童肥胖症机理与少儿推拿综合调理[J].实用中医内科杂志,2020,34(01):96-99.

[38]乔巧.经络点穴推拿治疗青少年单纯性肥胖症的临床疗效观察[D].山东中医药

- 大学,2009.(证据分级: II ;改良 Jadad 量表评分:3 分)
- [39]李俊婵.推拿结合针刺对学龄期单纯性肥胖儿童干预效果的临床研究[D].广西中医药大学,2020.(证据分级: II ;改良 Jadad 量表评分:3 分)
- [40]宋亚飞.推拿结合针刺治疗小儿单纯性肥胖症 26 例疗效观察[J].河北中医,2012,34(09):1386.
- [41]GB/Z 40893.4-2021,中医技术操作规范 儿科 第 4 部分: 小儿推拿疗法[S].北京: 国家市场监督管理总局,国家标准化管理委员会, 2021.
- [42]陈勇,汪泽栋,丛文杰.电针疗法对儿童青少年单纯性肥胖的疗效分析[J].中医儿科杂志,2016,12(06):78-81.(证据分级:III;MINORS 条目评价:13 分)
- [43]夏书钰,艾炳蔚.针刺治疗青少年单纯性肥胖研究[J].吉林中医药,2010,30(01):51-52.
- [44]雷跃.针灸配合饮食调节对儿童单纯性肥胖症的影响[J].中国中医药信息杂志,2006,13(06):67-68.(证据分级: I ;改良 Jadad 量表评分:3 分)
- [45]庄仁杰,胡世东,彭来恩,等.针刺治疗儿童单纯性肥胖 46 例的临床观察[J].实用中西医结合临床,2008,08(03):66+74.
- [46]GB/Z 40893.3-2021,中医技术操作规范 儿科 第 3 部分: 小儿针灸疗法[S].北京: 国家市场监督管理总局,国家标准化管理委员会, 2021.
- [47]中华医学会儿科学分会内分泌遗传代谢学组,中华医学会儿科学分会儿童保健学组,中华医学会儿科学分会临床营养学组,等,中国儿童肥胖诊断评估与管理专家共识[J].中华儿科杂志,2022,60(06): 507-515.
- [48]儿童青少年肥胖防控实施方案[J].中国实用乡村医生杂志,2021,28(02):7-9.
- [49]中华医学会儿科学分会内分泌遗传代谢学组,中华医学会儿科学分会儿童保健学组,中华医学会儿科学分会临床营养学组,等. 中国儿童肥胖诊断评估与管理专家共识[J].中华儿科杂志,2022,60(6):507-515. DOI:10.3760/cma.j.cn112140-20220112-00043.